

# 傷手

## 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 回)

アサヒグループ健康保険組合 御中

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—		事業所名称・ 部署名		
	被保険者の氏名 (自署)			被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日
	発病又は負傷の 年月日	平成・令和	年 月 日	傷病名		
	発病又は負傷の 原因				第三者の行為に よるものですか?	はい ・ いいえ
	療養のため労務に 服さなかった期間	令和	年 月 日から	令和	年 月 日まで	日間
	障害厚生年金又は 障害手当金を受給し ていますか?	なし ・ 請求中 ・ あり	請求中・ ありの場合	障害厚生年金又は障害 手当金を受給原因となっ た傷病名		
障害厚生年金(障害手当金)を受給している場合は、日本年金機構発行の年金証書「裁定通知書(写)」と「年金振込通知書(写)」を添付。						
委 任 状	この保険給付金の受領方を所属事業所に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 (自署) ⑩ TEL					

保 険 医 の 意 見 欄	傷病名		療養の給付を 開始した日	平成・令和	年 月 日	
	発病又は負傷の原因		発病又は負傷の 年月日	平成・令和	年 月 日	
	労務不能と認めた期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左の期間中の 診療実日数	日間	
	上記の期間で入院し た期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日	日間		
	傷病の主病状及び 経過概要	労務可能見込 令和 年 月 日頃				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 診療機関名 医師氏名 ⑩ TEL ( )					
《お願い》 証明日以前の期間について証明願います。訂正されたときは訂正印を押印願います。						

事 業 主 の 証 明 欄	労務に服さなかった 期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	出勤 日	有給 日	
	上の期間中の分として報酬を支給した場合、その期間と額						
	全額支給	月 日 ~	月 日	日間			
	支給なし	月 日 ~	月 日	日間			
	一部支給あり	家族・扶養手当	月分 ~	月分	月額	円	円
		手当	月分 ~	月分	月額	円	円
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主 名称 ⑩ 氏名							

健 保 組 合 記 入 欄	資格取得日	昭 平 令	年 月 日	資格喪失日	平 令	年 月 日	受付印
	標準報酬月額	標準報酬日額	支給 期間	令和 年 月 日から			
	,000 円	円		令和 年 月 日まで	日間		
	法第108条調整	円					
支 給 額	円						

(2019.7) ○負傷の場合は、「外傷原因届」を記入して添付してください。